https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf-4dsssd2-n-2004-631-du-27-decembre-2004-relative-aux-informations-que-les-etablissements-de-sante-doivent-transmettre-aux-caisses-dassurance-maladie-en-cas-d/
Circulaire DHOS/F 4/DSS/SD2 n° 2004-631 du 27 décembre 2004 relative aux informations que les établissements de santé doivent transmettre aux caisses d’assurance maladie en cas d’accident impliquant un tiers responsable
27/12/2004
Date d’application : immédiate.
Références :
Article 8 de la
loi du 18 décembre 2003
 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
Décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004
 relatif aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d’accident impliquant un tiers ; articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale ; articles D 376-1 et D 454-1 du code de la sécurité sociale.
Texte modifié : articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.
Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Monsieur le directeur de la caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la caisse nationale d’assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l’hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour mise en oeuvre).
En cas d’accident imputable à un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités, aux termes des articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité, à récupérer, dans certaines limites, les prestations qu’elles ont versées. Ces recours visent à ce que ce soit la personne responsable de l’accident et non la collectivité, à travers l’assurance maladie, qui supporte le coût des conséquences de l’accident.
Or, dans un certain nombre de cas, les caisses d’assurance maladie n’exercent pas de recours contre le tiers responsable car elles n’ont pas été informées de la survenue de l’accident.
Compte tenu des sommes en jeu représentées par ces recours (près de 900 MEuro en 2003), l’article 8 de la
loi du 18 décembre 2003
 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a complété les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale pour introduire diverses mesures permettant d’améliorer la connaissance, par les caisses, des accidents impliquant un tiers responsable. Ces articles disposent ainsi que la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d’informer la caisse d’assurance maladie de la victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.
Le décret du 12 octobre 2004 relatif aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d’accident impliquant un tiers, pris en application de l’article 8 de la
précité, prévoit que « l’établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers, doit en informer la caisse d’assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la fin des soins ».
1. Dans les établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale
1.1. A compter du 1er janvier 2006, la tarification à l’activité se concrétisera par l’envoi, à la caisse d’assurance maladie pivot, d’une facture par assuré qui comprendra diverses données dont les coordonnées de la caisse d’assurance maladie de l’assuré ainsi qu’une rubrique mentionnant si les soins donnés l’ont été suite ou non à un accident.
1.2. Dans l’attente de la mise en place de ces procédures de facturation, il y a lieu de réactiver les signalements, en utilisant les outils disponibles depuis l’origine de la mise en place du budget global. Ces signalements permettront aux caisses d’engager une procédure de récupération des frais engagés auprès du tiers responsable de l’accident.
Divers textes précisent en effet les informations que les établissements hospitaliers doivent transmettre aux caisses d’assurance maladie ainsi que leur délai de transmission. L’arrêté du 23 octobre 1984 modifié portant application des articles 27 et 46 du
décret n° 83-744 du 11 août 1983
 prévoit ainsi que les établissements de santé doivent faire connaître à la caisse chargée du versement de la dotation globale (caisse pivot), dans les 15 jours suivant le 2e mois de sortie du malade de l’établissement, les éléments d’information du séjour et notamment en cas d’accident, la date de l’accident. La circulaire 85 H du 18 décembre 1985 relative à la mise en oeuvre de la dotation globale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier a précisé que ces établissements « doivent informer les caisses d’assurance maladie lorsque l’hospitalisation est liée à un accident, qu’il soit de travail ou de la vie privée ».
Or, actuellement, les informations transmises aux caisses pivots d’assurance maladie dans le cadre de la chaîne de traitement du budget global ne portent, dans la majorité des cas, que sur les hospitalisations suite à un accident du travail compte tenu de la demande de prise en charge par la caisse d’assurance maladie de ces catégories d’accidents.
Il apparaît donc nécessaire que les services administratifs des établissements de santé mentionnent en priorité si l’hospitalisation est en lien avec un accident impliquant un tiers responsable en utilisant les catégories disponibles (accident sur la voie publique, autres, etc.) et complètent le cas échéant la rubrique « causé par un tiers » qui figure normalement dans tous les programmes informatiques des établissements.
Il est rappelé que la chaîne de traitement du budget global prévoit, pour toute hospitalisation, un mode d’entrée du patient dans l’établissement qui comporte une codification de 0 à 9. Les codes 4 (admission suite à un accident de la voie publique), 5 (admission suite à un accident du travail) et 7 (autres admissions en urgence) doivent être systématiquement complétés ainsi que le code accident (0 = pas d’accident, 1 = accident de droit commun et 2 = accident du travail, de trajet ou maladie professionnelle).
J’attache de l’importance à ce que les établissements de santé transmettent aux caisses pivots d’assurance maladie ces informations dès lors que les lésions subies l’ont été suite à un accident.
2. Dans les établissements de santé privés antérieurement sous objectif quantifié national
S’agissant de ces établissements, il convient de rappeler que c’est par le biais du bordereau de facturation et à partir des indications du patient que l’établissement doit informer la caisse d’assurance maladie si les soins délivrés ont un lien avec un accident causé par un tiers.
L’actuel bordereau de facturation, ainsi que celui qui le remplacera à compter de la mise en oeuvre de la tarification à l’activité et dont le formulaire a été publié par arrêté du 5 octobre 2004, prévoient en effet une case spécifique afin de déterminer si l’hospitalisation du patient est consécutive à un accident causé par un tiers. Si tel est le cas, l’établissement de santé doit alors obligatoirement renseigner la date de l’accident que le patient lui a déclarée.
3. Il me paraît par ailleurs utile de signaler les actions menées par certaines caisses d’assurance maladie pour connaître au mieux les accidents impliquant un tiers responsable. Certaines caisses mettent ainsi des plaquettes d’information, à la disposition du public dans les lieux d’accueil et au bureau des admissions des établissements, indiquant les démarches à suivre lorsque les blessures sont consécutives à un accident. D’autres transmettent aux services administratifs des établissements un questionnaire visant à connaître les causes des lésions à remettre à l’assuré ou à sa famille, à charge pour l’assuré de le retourner à sa caisse d’assurance maladie.
Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître les éventuelles difficultés que l’application de la présente circulaire pourraient susciter.